

受付印

1月1日現在の住所			
現住所	1月1日以降、変更がある場合にご記入ください。		
フリガナ		生年月日	明・大・昭 平・令・西暦 年   月   日
氏名		電話番号	— —
個人番号（マイナンバー）			

3 所得から差し引かれる金額に関する事項

社会保険料 控除	社会保険の種類	支払った保険料	円				
	国民健康保険料 後期高齢者医療保険料・介護保険料		円				
	国民年金保険料 その他		円				
	合計		円				
14 小規模企業共済等掛金控除			円				
生命保険料 控除	新生命保険料の計	旧生命保険料の計	円				
			円				
	新個人年金保険料の計	旧個人年金保険料の計	円				
			円				
介護医療保険料の計			円				
			円				
16 地震保険料 控除	地震保険料の計	旧長期損害保険料の計	円				
			円				
17～20 本人該当 控除	17寡婦・18ひとり親	19勤労学生					
	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 未婚	学校名					
		20障害者					
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害等級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他( )						
21 配偶者特別控除	配偶者の合計所得金額 (収入ではなく所得を記入)		円				
22 配偶者特別 控除等	氏名	障害等級	続柄				
				生年月日	特親	同別居	障害区分
			配偶者	明・大・昭・平・令 年 月 日	同居	別居	1特 2他
	個人番号						
23 扶養 控除等				明・大・昭・平・令 年 月 日	同居	別居	1特 2他
	個人番号						
				明・大・昭・平・令 年 月 日	同居	別居	1特 2他
	個人番号						
16 歳未満の扶養 親族(控除対象外)				明・大・昭・平・令 年 月 日	同居	別居	1特 2他
	個人番号						
				明・大・昭・平・令 年 月 日	同居	別居	1特 2他
	個人番号						
26 雑損控除	損害の原因	損害年月日	損害を受けた資産の種類				
	損害金額	保険金などで補填される金額	差し損失額のうち災害関連支出の金額				
	円	円	円				
27 医療費控除	支払った医療費等	保険金などで補填される金額	円				
			円				

1 収入 金額等 (円)	事業	営業等	A	
	農業	イ		
	不動産	ウ		
	利子	エ		
	配当	オ		
	給与	カ		
	公的年金等	キ		
	雑業	ク		
	その他	ケ		
	総合譲渡	短期	コ	
長期	サ			
一時	シ			
2 所得 金額 (円)	事業	営業等	①	
	農業	②		
	不動産	③		
	利子	④		
	配当	⑤		
	給与	⑥		
	公的年金等	⑦		
	雑業	⑧		
	その他	⑨		
	合計 (⑦+⑧+⑨)	⑩		
総合譲渡・一時	⑪			
合計	⑫			
4 所得から 差し引 かれる 金額 (円)	社会保険料控除	⑬		
	小規模企業 共済等掛金控除	⑭		
	生命保険料控除	⑮		
	地震保険料控除	⑯		
	寡婦、ひとり親控除	⑰～ ⑱		
	勤労学生、 障害者控除	⑲～ ⑳		
	配偶者(特別)控除	㉑～ ㉒		
	扶養控除等	㉓		
	基礎控除	㉔		
	⑬から㉔までの計	㉕		
雑損控除	㉖			
医療費控除	㉗			
合計 (㉕+㉖+㉗)	㉘			

データ箋欄は記入しないでください。

データ箋欄			
007			
040			
010			
041			
051			

データ箋欄			
512			
111			
113			
114			
213			
115			
214			
215			
116			
117			
118			
133			

121			0	0	0	0
130						
129			0	0	0	0
140				0	0	0
208				0	0	
210					0	

居住	年	月	日
----	---	---	---

B	本人	該当	
未特障他障寡婦ひ親学			
1	2・3	4・5	6

徴収方法	青色申告	専従者	所得
特・普	申告	配専	他専
1・2	1		

5 給与・公的年金等に係る所得以外(令和8年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の市民税・府民税の納税方法

A.給与から差引き (特別徴収)	I.自分で納付する (普通徴収)
---------------------	---------------------

名称	
----	--

番号	身元	代理
----	----	----

A	控配	扶養	家族障害	同配
一老特定老人その他特親年少特障他障				
1・2	人	人	人	人
				1

6 給与所得の内訳  
(源泉徴収票のない人は記入してください。)

月	月 収	社会保険料等
1	円	円
2	円	円
3	円	円
4	円	円
5	円	円
6	円	円
7	円	円
8	円	円
9	円	円
10	円	円
11	円	円
12	円	円
賞 与 等		円
合 計		円
法人番号又は所在地		
勤 務 先 名		
電 話 番 号		

10 総合譲渡・一時所得の所得金額に関する事項

		収入金額	必要経費	差引金額 (収入金額－必要経費)	特別控除額	所得金額 (差引金額－特別控除額)
総合譲渡	短 期	円	円	円	円	円
	長 期	円	円	円		円
一 時		円	円	円	円	円
二 合計 イ＋[(ロ＋ハ)×1/2]						円

右上のイの金額を表面のロに、ロの金額を表面のサに、ハの金額を表面のシに記入してください。  
右の二の金額を表面の⑪の所得金額欄へ記入してください。

11 事業専従者に関する事項

氏 名	続 柄	従事月数	生 年 月 日	専従者給与(控除)額	個人番号 (マイナンバー)
			明・大・昭・平・令 年 月 日	円	
			明・大・昭・平・令 年 月 日	円	
			明・大・昭・平・令 年 月 日	円	
所得税における青色申告の承認の有無	承認あり・承認なし	合 計 額		円	

12 所得金額調整控除に関する事項

氏 名	続 柄	生 年 月 日	特別障害者に該当する場合
		明・大・昭・平・令 年 月 日	
個人番号			級

14 別居の扶養親族等に関する事項

氏 名	個人番号 (マイナンバー)	住 所	国外居住
			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払
			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払

15 寄附金に関する事項

都道府県、市区町村分 (特例控除対象)		円
大阪府共同募金会、日赤大阪府支部、 都道府県、市区町村分(特例控除対象以外)		円
条例指定分	大 阪 府	円
	東大阪市	円

7 事業・不動産所得に関する事項

所得の種類	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収入金額	必要経費	青色申告特別控除額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

8 配当所得に関する事項

配当所得の種類	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	支払確定年月	収入金額	必要経費
		・	円	円
		・	円	円
		・	円	円
				円
				円

9 雑所得(公的年金等以外)に関する事項

種 目	支払者の「名称」及び「法人番号又は所在地」等	収入金額	必要経費
		円	円
		円	円
		円	円

13 事業税に関する事項

非課税所得など	所得金額	円
損益通算の特例適用前の不動産所得		円
事業用資産の譲渡損失など	資産の種類 損失額、被災損失額(白)	円
前年中の開廃業	開始・廃止 月 日	
<input type="checkbox"/> 他都道府県の事務所等		

この申告書を提出した人は、事業税の申告書を提出する必要がありません。

16 前年中、所得がなかった方などの記入欄

1. 下記の人に扶養されていた  
(住所) \_\_\_\_\_  
(氏名) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

2. 下記のいずれかの給付を受けていた(該当する記号を○で囲んでください)  
ア.雇用(失業)保険    イ.障害年金    ウ.児童扶養手当  
エ.遺族年金    オ.生活保護    カ.労災保険  
受給期間    月    日    ~    月    日

3. 1月1日現在、学生であった  
(学校名) \_\_\_\_\_

4. 上記以外  
\_\_\_\_\_

源泉徴収票・各種支払証明書などを添付する場合は、のりづけせずホッチキスどめしてください。